MENEZES, Rachel Aisengart. 2006 *Difíceis decisões: Etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 107 p.

Soraya Resende Fleischer
Departamento de Antropologia/UnB

No ano de 1999, Rachel Aisengart Menezes passou vários meses frequentando um de tantos Centros de Tratamento Intensivo (doravante, CTI), da cidade do Rio de Janeiro. Desta pesquisa, derivou sua dissertação de mestrado, defendida em 2000 no Instituto de Medicina Social, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Em 2006, esta reflexão foi lançada como livro. Nesta primeira etnografia publicada sobre tratamento intensivo no país, encontramos uma excelente oportunidade para pensar os espaços hospitalares modernos e os variados dilemas relacionados com a finitude humana no Brasil.

No início, a autora revisa os principais autores e autoras que lidaram com o tema da morte, evidenciando como esta experiência foi paulatinamente sendo racionalizada, medicalizada e institucionalizada na cultura ocidental. Num processo histórico, as "difíceis decisões" foram se concentrando nas mãos dos médicos:

> O estudo enfoca a tomada de decisões médicas referentes à doença, ao sofrimento, à vida e à morte dos pacientes. O processo decisório é tomado como ponto de convergência central da articulação das tensões relativas à delegação de cuidados à instituição hospitalar e das tensões constitutivas do próprio campo da prática dos profissionais da saúde (:19).

Os CTIs surgiram, segundo a autora, entre 1946 e 1948, nos EUA, para cuidar de uma epidemia de poliomielite e dos feridos na Segunda Guerra Mundial e na Guerra da Coreia. No Brasil, os primeiros CTIs chegam nos anos 1960. Este novo espaço foi criado sobre "três componentes críticos: os doentes mais graves, o equipamento técnico mais caro e sofisticado e a equipe com conhecimentos e experiência para cuidar desses pacientes e lidar com essa aparelhagem específica" (:30).

Esta pesquisa foi realizada dentro do CTI de um hospital universitário, localizado na zona norte do Rio de Janeiro. Durante as 26 visitas ao Centro, Menezes realizou

não só observação participante, mas entrevistou 10 profissionais que ali trabalhavam. Depois da revisão bibliográfica, segue uma detalhada descrição do espaço e dos seus atores: faxineiros, secretárias, estudantes, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Segundo Menezes, ao entrar no CTI, há um impacto sensorial em termos sonoros, olfativos e visuais. Ali dentro, parece haver um isolamento do mundo, uma abolição do tempo e do espaço. Em seguida, a autora passa à descrição das atividades da equipe multiprofissional e explica que, em todos esses momentos, ensino e aprendizado estão presentes.

Embora a pesquisa revele "diferenças e tensões entre os diversos grupos que constituem este centro, há uma identidade profissional singular, claramente delineada, que perpassa todos os agentes de saúde envolvidos com o CTI" (:50). "Topo" ou "coração do hospital", "suprassumo", "ponto vital dentro de um hospital" foram as várias definições de "CTI" oferecidas à Menezes que, por sua vez, resumiu: o CTI é uma "unidade que ocupa posição hierárquica superior aos outros serviços da instituição" (:50). No Pronto Socorro "a vida também é ameaçada de modo radical" (:51), mas o CTI é "mais organizado" e evita contar com outros profissionais do hospital, tidos como "leigos", "ignorantes", "de fora" e "não tão especializados" (:54). A identidade dos "intensivistas", como são conhecidos esses médicos, é especificamente dentro do CTI, em contraste com as demais áreas do hospital: "A superioridade hierárquica do intensivista é construída não somente por sua bagagem de conhecimentos teóricos e técnicos, mas também por sua capacidade de lidar com [e dominar] a morte" (:59). Tomar rápidas decisões dota esses médicos de um perfil "heróico", "sacerdotal" e "excêntrico" (:52).

Embora a narrativa antropológica de Menezes seja calcada nos trechos discursivos de seus informantes, pouco ficamos sabendo sobre essas pessoas. Conhecemos os depoimentos, mas não os respectivos personagens, com biografias e ideias contextualizadas. Tampouco conhecemos esses atores fora do espaço institucional ou a opinião sobre eles dos pacientes internados. O resultado é um perfil excessivamente relacionado às atribuições profissionais e técnicas dos entrevistados, reforçando muitas vezes um senso comum sobre a relação "fria" e "distanciada" dos médicos com seus pacientes.

Após apresentar os personagens, a autora nos lembra da exclusividade dos CTIs. Mas a escolha de quem ocupará esses parcos leitos não é suficiente porque, como lembrou um médico, "Provavelmente quando vagar um leito a maior parte desses pacientes que aguardam vaga já terá morrido, sem a assistência que o CTI poderia prestar" (:64). Menezes revela o sistema de classificação usado para os doentes. Este sistema considera uma ordem técnica, orientada principalmente por referên-

cias biológicas (há pacientes *viáveis*, *responsivos*, *highlanders* e *morredores* [:65]); uma ordem social, que considera o contexto dos pacientes (*vips*, *estigmatizados*, *anônimos* [;50]); e uma ordem institucional, que explicita as normas e as regras relativas ao comportamento dos internados (*cooperativos* e *rebeldes* [;66]). Nenhum destes eixos de classificação é estático, objetivo e imediato e as sucessivas e recorrentes discussões sobre os casos só confirmam isto. Bom senso, subjetividade e mobilização emocional da equipe também contam nas decisões. Por um lado,

> o doente considerado "ideal" pela equipe é aquele que "responde" à terapêutica conforme o esperado [*viável* e *responsivo*], é dócil e submisso às normas e regras implícitas de comportamento [*cooperativo*], e cujos atributos sociobiológicos, como a idade, não têm o poder de produzir uma identificação radical [*anônimo*], a ponto de "interferir" nas decisões tomadas pelos profissionais (:73).

Por outro lado e em contraste, há o paciente *rebelde*, pouco *colaborativo* em termos de aceitação dos medicamentos e da aparelhagem, *vip* (por incutir cobranças e interferências exógenas às regras do CTI) ou *estigmatizado* (muitas vezes, por conta de seus "maus hábitos", é responsabilizado pelo seu estado patológico). Sempre que os profissionais ficam "mobilizados" demais em relação aos pacientes, sobretudo em termos emocionais, cria-se uma situação atípica e incômoda, já que os primeiros desenvolvem afeto ou afastamento pelos segundos. Vínculos são tidos como **intrusos** nas decisões técnicas, como desafios à domesticação pretendida da vida e da morte. "Desse modo, a morte, tão presente, é silenciada, banalizada, regulada e rotinizada" (:83), conclui Menezes. Para evitar esta mobilização inconveniente, a autora lembra que é preciso uma fina, vigilante e continuada "gestão das emoções" (:97) por parte dos profissionais.

Na introdução, feita pelo antropólogo Luiz Fernando Dias Duarte, ficamos sabendo que Rachel Aisengart Menezes é médica de formação. Contudo, esta condição e identidade não foram apresentadas claramente aos leitores e sequer foram aventadas suas repercussões metodológicas sobre a pesquisa. Suas credenciais profissionais lhe facultaram o acesso ao CTI, às reuniões em que eram tomadas as difíceis decisões, aos pacientes e aos familiares? Foi, a um só tempo, identificada como mestranda, pesquisadora, antropóloga, médica ou psicóloga ou alguma destas identidades predominou em certos períodos da pesquisa? E que impactos tais identificações proporcionaram ao estudo? Por exemplo, Menezes escolheu a *roupa mundana* "por não ter sido solicitado o uso da vestimenta especial", e o principal desdobramento foi um pertencimento tido pelos locais como incerto, curioso, suspeito. Contudo, como geralmente é o caso no campo, "com a frequência das obser-

vações houve maior aceitação e a pesquisadora passou a ser vista, pela equipe, como colega" (:25). Mas não fica claro se essa naturalização aconteceu porque a pesquisadora eventualmente revelou sua identidade médica e/ou porque as negociações de sua presença como pesquisadora avançaram.

Ambiguidade também teria surgido se a pesquisadora tivesse vestido o jaleco?[1] Não fica claro por que não foi solicitada "vestimenta especial" e se foi proposital que Menezes tenha acatado tal norma. Infelizmente, a autora não aprofunda estes importantes questionamentos que muito contribuiriam para adensar o caldo de etnografias que vêm sendo realizadas dentro de hospitais.

Por fim, não foi explicitado no primeiro capítulo, no qual ela apresenta sua entrada no CTI, se a pesquisa foi escrutinada pelo comitê de ética em pesquisa da UERJ e/ou do hospital em questão. Ela só comenta que entrou neste CTI "com a autorização oficial das chefias do hospital e da unidade" (:23). Dado o nível de "risco e perigo" associado ao CTI, tão bem descrito nesse intróito, seria de se supor que, já no CEP, dados interessantes poderiam ter surgido para a pesquisa. E perante o tema das decisões – derivadas e, ao mesmo tempo, propulsoras de conflitos e dilemas – por que a orientação bioética não foi considerada como uma baliza teórica dos dados de campo nem foi aventada pelos informantes? Por que a bioética surgiu como preocupação da autora apenas rapidamente nos parágrafos conclusivos do livro?

No entanto, estas críticas não abalam a qualidade da obra, uma excelente e inovadora etnografia sobre o morrer institucionalizado em nossa cultura. Sem dúvida, os dados e os problemas apresentados, inclusive aqueles que surgem da metodologia escolhida, avançam a discussão sobre o adoecimento e o cuidado da saúde na antropologia. Recomenda-se o livro para estudiosos das ciências sociais e certamente das demais áreas da saúde.

Notas

1. CHAZAN, L. K. 2006 ."Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico". *Cadernos de Campo*, São Paulo (13):15-32.